Rok XXXII. Kraków, 19. Sierpnia 1893. Nr. 33.

Redakcyja: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Dwa przypadki wydobycia ciała obcego z wnętrza oka za pomocą elektromagnesu Hirschberga.

Podał

Dr. med. Br. Ziemiński,

Ordynator instytutu oftalmicznego w Warszawie.

I.

Kawałek żelaza w ciałku szklistem.

Dnia 3. grudnia 1888 r., o godzinie 6. wieczorem, zgłosił się do mnie czeladnik ślusarski Paweł Wnuk, 27 lat liczący, prosząc o udzielenie porady co do oka lewego.

Chory twierdzi, że tegoż dnia, w godzinach południowych, przy pracy w fabryce, kawałek żelaza odprysnął i uwiązł mu w lewej gałce ocznej. Od tej chwili doznaje silnego, coraz bardziej wzmagającego się bólu. Głównie też sprowadza go do mnie silny ból w oku lewem, tudzież w skroni i w czole po odpowiedniej stronie; co do wzroku, nie zauważył, aby bystrość jego ucierpiała wskutek przypadku, jaki mu się wydarzył.

Prócz okładów z wody zimnej niczego dotąd nie stósował.

Stan obecny: oko lewe pokryte kawałkiem brudnego, mokrego płótna i obwiązane chustką do nosa. Po zdjęciu tego opatrunku widzi się obrzmienie górnej zwłaszcza powieki. Spojówka czysta, brak wydzieliny ropnej. Lekkie nastrzyknięcie głębszych naczyń w około rogówki, głównie w zewnętrznej (skroniowej) granicy tej błony. Przy badaniu lewej gałki ocznej dostrzega się w odległości około 6 mm. od zewnętrznej (skroniowej) granicy przeźroczystej rogówki, nieco poniżej wymiaru poziomego gałki, niewielki skrzep krwi, pokrywający ranę podłużną (około 3 mm. długości mieć mogącą), która przeszywa nietylko spojówkę, lecz i białkówkę, jak to wykazuje badanie wyjałowionym zgłębnikiem platynowym.

Źrenica nieco szersza, aniżeli po prawej stronie. Rozszerzywszy źrenicę za pomocą atropiny, dostrzega się przez wziernik oczny w dolno-zewnętrznej części dna oka świeży wylew krwawy, w którym tkwi w kierunku niemal pionowym połyskujące ciało obce. W. $\frac{\text{O. P. } ^4/_4}{\text{O. L. } ^4/_8}$, oba oczy miarowe. Pacyent czyta Nr. I. skali Niedena okiem prawem w odległości 12 cm. a okiem lewem w odległości 20 cm.

Zadawszy choremu proszek z antypiryny i bromku potasu, w niespełna godzinę na usilne życzenie pacyenta przystępuję przy pomocy swego służącego do wyjęcia ciała obcego z wnętrza gałki ocznej. Zakropiwszy 5% roztworem kokainy i starannie odkaziwszy ranę i całą powierzchnię oraz sąsiednią okolicę obu ócz, z zachowaniem nader ścisłych przepisów aseptyki narzędzi tudzież środków opatrunkowych, zakładam elektromagnes Hirschberga [1]) w ranę i odrazu wydobywam szczęśliwie ciało obce. Po obmyciu rany zakładam dwa szwy z cienkiego, wyjałowionego jedwabiu; zapuszczam kroplę 1% roztworu atropiny, wreszcie zakładam obuoczny opatrunek uciskowy. Pacyent z towarzyszem swoim wraca do domu, otrzymawszy zalecenie zażycia przed udaniem się na spoczynek odpowiedniej dawki chloralu.

Nazajutrz (4. grudnia) chory czuje się dobrze, spał spokojnie; prócz lekkiego kłucia w okolicy ranki nic mu nie dolega. Nastrzyknięcie okołorogówkowe zwiększone. *Sol. atropin. sulfur. 1% gtt. unam.* Ku wieczorowi jeszcze jedna kropla atropiny. Opatrunek obuoczny.

5. grudnia. Źrenica prawie maksymalnie szeroka. Nastrzyknięcie okołorogówkowe mniejsze. Atropina. Opaska tylko na oko chore.

6. grudnia. Pacyent kilkakrotnie budził się podczas nocy z powodu silnego bólu w oku, w skroni i wogóle po lewej stronie głowy. Źrenica zwężona. Trzy razy dziennie atropina. Proszek antypirynowy.

7. grudnia. Jakkolwiek sen był lepszy, jednak ból w oku niezupełnie ustąpił. Usuwam szwy. Atropina. Opaska hidropatyczna, ogrzewająca na oko lewe.

[1]) Wyrobu Doerffela w Berlinie.

8. grudnia. Pacyent spał spokojnie, bólów nie doznaje; chce powrócić do swych zwykłych zajęć. Badanie wziernikowe wykazuje zaledwie ślady wylewu krwawego na dnie oka tak, że widzieć można miejsce, w którem wewnętrzne pokrywy gałki uległy rozdarciu. Przepisuję choremu atropinę i zalecam noszenie opaski.

Odtąd chory zniknął mi z oczu. Dopiero 6. stycznia 1889 r. zgłosił się ponownie z prośbą o przepisanie okularów ochronnych do pracy. Pacyent twierdzi, że już nazajutrz po ostatniej bytności u mnie (8. grudnia 1888) powrócił do pracy a od świąt Bożego Narodzenia (1888) pracuje bez opaski.

Badanie lewej gałki ocznej wykazuje brak wszelkiego podrażnienia. Blizna w okolicy ranki zaledwie jest dostrzegalna. Źrenice obu oczów są równie szerokie i żywo oddziaływają na bodźce swoiste. W. O. L. $> {}^4/_6$. Niedena Nr. I. w odległości 12 cm. Na dnie oka lewego w dolno-zewnętrznej części widać bliznę skośną, przy odpowiednich zmianach w naczyniówce i w siatkówce, nadto drobne zmętnienie w przyległej części ciałka szklistego. Badanie za pomocą perymetru wykazuje odpowiednią przerwę w polu widzenia oka lewego.

Ostatni raz widziałem pacyenta 17. stycznia 1892 r. Prócz zupełnego prawie zniknięcia zmętnień w ciałku szklistem, stan oka lewego pozostał bez zmiany. Siła wzroku oka lewego wynosi prawie $^4/_5$.

Wydobyty z wnętrza oka kawałek żelaza ma w największym wymiarze 5 mm. długości i prawie $1^1/_2$ mm. szerokości; tylko z jednej strony jest zupełnie gładko ucięty, zresztą ma powierzchnię nierówną, gdzieniegdzie brzegi są ostro wystrzępione; waży prawie 1 cgr.

II.

Kawałek żelaza na dnie przedniej komory oka.

Dnia 10. lutego 1889 roku zostałem wezwany do tokarza Józefa A., 32 lat liczącego. Chory opowiada, że przed tygodniem przy pracy w warsztacie, jakoby utkwił mu w środku rogówki oka prawego kawałek żelaza. Towarzysze pracy oraz felczer kilkakrotnie czynili zabiegi wydobycia ciała obcego, przyczem felczer przez dni kilka zakrapiał choremu atropinę. Pacyent doznał pewnej ulgi, lecz od wczoraj wieczór stan oka prawego miał się znacznie pogorszyć: wystąpił ból dotkliwy w oku, w czole i w skroni po stronie prawej. Po bezsennie spędzonej nocy, dziś przed południem chory zwrócił się o poradę do jednego z lekarzy, który orzekł, iż ciało obce tkwi bardzo głęboko w rogówce, lecz nie w samem wnętrzu gałki ocznej. Kolega ów, przy znieczuleniu za pomocą kokainy, starał się wyjąć ciało obce; chory doznał przytem nader silnego bólu. Założono choremu opaskę i oświadczono, że ciało obce głębiej osiadło w oku i że chory musi poddać się powtórnie poważniejszej operacyi w celu usunięcia żelaza z wnętrza oka. Pacyent po tym rękoczynie doznaje coraz silniejszych bólów w całej głowie; usilnie też prosi, aby ulżyć jego cierpieniom.

Zalecam dużą dawkę antypiryny i zapraszam do chorego kolegę, który pierwotnie go widział. Późnym wieczorem tegoż dnia obaj, po zdjęciu opatrunku, stwierdzamy, co do oka prawego, iż obie powieki są znacznie obrzmiałe, gałka oczna silnie nastrzyknięta w około rogówki. W samej rogówce, odpowiednio do górno-zewnętrznego kwadrantu otworu źrenicznego, dostrzega się rankę o brzegach nacieklych, barwy szaro-żółtej. Komora przednia nader płytka a na samem jej dnie, w połowie skroniowej, leży kawałeczek ciała obcego barwy ciemno-brunatnej. Źrenica (pod działaniem atropiny) nierówno owalnie rozszerzona.

Należycie opatrzywszy chorego i zaleciwszy mu lek nasenny, postanawiamy nazajutrz przystąpić do wyjęcia ciała obcego z przedniej komory oka.

Dnia 11. lutego 1889 r. o godzinie 9. zrana przystępujemy do operacyi. Przekłuwszy rogówkę w odpowiedniem miejscu, nasamprzód probuję wydobyć ciało obce za pomocą cienkich szczypczyków a gdy to okazuje się bezskutecznem, *ex consilio* zakładam elektromagnes Hirschberga, przyczem łatwo udaje się wydobyć maleńki kawałek żelaza wielkości dwu ziarnek maku.

Gojenie się obu ranek rogówki szybko nastąpiło tak, że prócz małej plamki białej w środku błony rogówkowej w przeciągu trzech tygodni stwierdziliśmy zupełne wyzdrowienie oka prawego.

II. Osutki jodowe.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32.)

W ostatnich czasach zwrócono uwagę jeszcze na jedną postać osutki jodowej, mało dotychczas znaną, która odznacza się powstawaniem w głębi skóry lub nawet w podskórnej tkance niebolesnych, ściśle ograniczonych guzów i nacieków; ulegają one zwykle wessaniu lub też niekiedy przeobrażeniu wstecznemu; wtedy powstawać mogą głębokie owrzodzenia, podobne do kilakowych; w niektórych zaś przypadkach osutka cechuje się bardzo ostrym przebiegiem i sprawa chorobowa wtedy przypomina wąglik lub objawy skórne nosacizny. Takie przypadki spostrzegali: Pellizari[1]), Janowsky[2]), Besnier[3]), Taylor[4]), Hyde[5]), Giovannini[6]) i Walker[7]). W przypadkach Pellizzarego i Besniera rozrzucone w rozmaitych okolicach ciała ciemnoczerwone guzy wielkości dużej śliwki, popodobne były do wąglików i szybko rosły; po zaprzestaniu jednak leczenia jodowego uległy wessaniu, pozostawiając po sobie brunatne plamy i miejscami nawet zagłębione blizny. W przypadku zaś Janowskiego powstały w rozmaitych okolicach odnóg i tułowia w skórze zapalne guzy i nacieki, które wkrótce uległy przeobrażeniu wstecznemu i uległy wessaniu; w przypadku Giovanniniego guzy usadowiły się w podskórnej tkance, były niebolesne i ruchome, i znikły wkrótce po zaprzestaniu zażywania leku. W spostrzeganym przez Hydego przypadku osutka jodowa, na głowie, tułowiu i odnogach z guzów złożona, wkrótce też znikła. — Przypadek Taylora tyczył się osoby z kiłą mózgową, którą poddano leczeniu wielkiemi dawkami jodku

[1]) Sperimentale. 1884. Settembre.
[2]) Monatsh. f. prakt. Dermatol. 1886. 10. str. 447—448.
[3]) Annales de derm. et de syphiligraphie. 1887. str. 162.
[4]) Monatsh. f. prakt. Dermatol. 1888. 24. str. 1218.
[5]) Medical News. Philadelphia. 1888. 822. str. 411—415.
[6]) Sperimentale. 1889. Settembre; Arch. f. Dermat. und Syphilis. 1890. str. 240.
[7]) Monatsh. f. prakt. Dermatologie. 1892. XIV. 7. Str. 263—275.

potasowego, wskutek czego po upływie 12 dni wytworzyły się na twarzy i szyi w skórze niebolesne ciemno-czerwone guzy, otoczone zaczerwienionym pierścieniem, wskutek zapalenia sąsiedniej okolicy skóry powstałym; na powierzchni guzów powstały następnie rozrosty brodawczate, gąbczasto-ziarninowe, wydzielające z licznych otworów ciecz ropną; ostatnia zasechając wytwarzała strupy. Po upływie 4 tygodni guzy i nacieki zaczęły resorbować się i wreszcie znikły, pozostawiwszy ciemno zabarwione plamy. W przypadku przez Walkera opisanym zażywanie wewnętrzne jodku potasowego wywołało pojawienie się na nosie niewielkiego, czerwonego guza w skórze, z którego stopniowo wytworzył się duży naciek bardzo podobny do nowotworu, który zajął całą dolną połowę nosa. Po zaprzestaniu leczenia jodowego guz wcale nie przedstawiał zmiany i nie zmniejszał się; musiano więc go usunąć za pomocą noża; pozostała rana zabliźniła się szybko.

W dodatku wspomnimy tu nadto o ciekawym przypadku, spostrzeganym przez Templego[1]) i tyczącym się osoby 60-letniej, dotkniętej trzeciorzędną kiłą, u której stósowanie wewnętrzne małych dawek jodku potasowego wywołało szczególną zmianę barwy włosów na głowie i brodzie; już po kilku dniach leczenia jodowego siwe przedtem włosy przybrały barwę jasno-różową, na chustce zaś i bieliznie pozostającej w zetknięciu z potem chorego, pojawiły się czerwone plamy.

W ciągu kilkunastoletniej praktyki syfilidologicznej spostrzegałem wiele przypadków zwykłego trądzika jodowego (*acne jodica*) i zauważyłem, iż grudkowo-krostkowa osutka jodowa występuje zawsze w pierwszych dniach stósowania przetworów jodowych, zwykła sadowić się na twarzy, głowie, piersiach i plecach, rzadziej zaś (w kilkunastu zaledwie przypadkach) wyrzuty trądzika jodowego występowały bardzo licznie na rozmaitych okolicach ciała, sadowiąc się nietylko na twarzy i tułowiu, lecz i na skórze odnóg; u setek zaś chorych kiłowych, u których widziałem krostkową osutkę jodową, liczba pojedynczo rozrzuconych krostek zaledwie dochodziła od 15 do 30; skupienia się wykwitów w gromadki nigdy nie dostrzegałem; osutka trądzikowa występowała zawsze niezależnie od podanej ilości leku, często po małych dawkach i trwała zwykle od 4—10 dni; w kilku zresztą przypadkach przebieg jej był przewlekły i podczas całego okresu leczenia jodowego, wynoszącego $1\frac{1}{2}$—2 miesięcy, osutka trwała uporczywie. Jakkolwiek niektóre krostki miały przebieg zawsze ostry i już po kilku dniach znikały, natomiast jednak w sąsiedztwie dawnych powstawały wnet nowe wyrzuty. Wykwity trądzika jodowego są zwykle małe, wielkości od ziarnka prosa lub główki szpilki, dość bolesne, szczególnie zaś na twarzy i głowie. Z pomiędzy chorych kiłowych, którym dawałem wewnętrznie przetwory jodowe, muszę wyróżnić cały poczet, z osób kilkudziesięciu się składający, odznaczających się limfatycznem usposobieniem i grubą mocną skórą. U tych chorych nie zauważyłem żadnych objawów ubocznych na skórze; dodać tu wypada, iż przeważna liczba wymienionych tylko co osób dotknięta była późną kiłą, najczęściej w postaci objawów mózgowych. Najczulszą na działanie jodu skórę napotykałem zwykle u znajdujących się w okresie drugorzędnym, ze świeżemi, nieprzedawnionemi objawami kiły; nadto z moich spostrzeżeń osobistych wypada, iż osoby t. zw. nerwowe, obdarzone żywem usposobieniem i delikatną, cienką skórą, łatwiej dostawały osutki grudkowo-krostkowej, niż flegmatycy, limfatycy i w ogólności ludzie z ospałem i spokojnem usposobieniem. Napotykając z jednej strony niezwykłą nieczułość ustroju wobec działania jodu prawie u każdego chorego, dotkniętego trzeciorzędną kiłą, szczególnie zaś kiłą mózgową i rdzenia pacierzowego, z drugiej zaś strony przekonawszy się wielokrotnie, iż u osób, cierpiących na objawy świeżej kiły drugorzędnej przypady zatrucia jodem niezwykle często powstają po małych nawet dawkach przetworu jodowego, muszę stanowczo przechylić się na stronę Wooda[1]), utrzymującego wbrew zdaniu Whitego[3]), iż przetwory jodowe najczęściej dobrze znoszą osoby dotknięte późną, przeważnie zaś mózgową kiłą. Przyznać atoli muszę słuszność zdaniu przez Stellwagona[2]) wypowiedzianemu, według którego nie należy rozpoznania kiły opierać na odporności chorego na działanie chorobotwórcze przetworów jodowych; najzupełniej też podzielam wypowiedziane przez Wooda zdanie, że objawy ubocznego działania jodu tem rzadziej występują u osobników kiłowych, im późniejszym jest okres choroby; odwrotnie też przekonałem się, iż w ogólności u osób dotkniętych drugorzędną kiłą objawy zatrucia jodowego, szczególniej zaś skórne, dostrzegają się bardzo często i zaledwo 10% wśród takich chorych było wolnych od wyrzutów jodowych, nie mówiąc już o innych objawach ubocznego działania jodu. Z tegoczesnych autorów, którzy poniekąd są tegoż samego zdania, przytoczę tu Julliena i Elsenberga; Jullien utrzymuje, iż pomiędzy jadem kiłowym a działaniem przetworów jodowych istnieje pewien antagonizm, który się w ten sposób objawia, że osoby dotknięte kiłą lepiej znoszą jod od osób zdrowych i wolnych od kiły; Elsenberg zaś powiada, iż kiłowi doskonale jod znoszą, nawet w bardzo dużych dawkach i przez czas długi.

Oprócz często spostrzeganej przeze mnie grudkowo-krostkowej osutki jodowej, widziałem w r. 1886 i 1889 dwa ciekawe przypadki osutki jodowej krwotocznej i rumienionej. Krótki ten opis ze względu na niezwykłą postać wyrzutów jodowych tu załączam: pierwszy przypadek tyczył się 30-letniego urzędnika sądowego, który przed rokiem miał pierwotny wrzód kiłowy na napletku, po nim zaś wystąpiły objawy kiłowe ogólne: obrzmienie bolesne gruczołów limfatycznych i plamy rumienia kiłowego na brzuchu; obok tego pojawiły się nadto dotkliwe bóle gośćcowe w rozmaitych stawach odnóg górnych i dolnych (chory często cierpiał poprzednio na nawroty gośćca stawowego i w celu zwalczenia wymienionej choroby kilkakrotnie leczył się kąpielami siarczanemi w Piatygorsku). Zaleciłem wewnętrznie po 1·5 jodku potasowego codziennie; wieczorem już pierwszego dnia po zażyciu trzech 0·5 gramowych dawek leku chory się poczuł niedobrze i dostał dreszczyków, bóle stawowe wzmogły się, temperatura ciała podniosła się do 39·5°, przyłączył się nadto ból głowy, następnie mocne zaczerwienienie twarzy, nieżyt błony śluzowej nosa i spojówki oka, z nadzwyczaj obfitą wydzieliną i ślinotok; chory przez całą noc nie spał, nad ranem zaś spostrzegł na skórze brzucha

[1]) Monatsh. f. prakt. Dermatologie. 1891, XIII. str. 497.

[1]) H. C. Wood. Syphilis of the nervous system. Detroit 1889. str. 85—87.

[2]) Therapeutic Gazette. 1888. 12. str. 802—806, 812—813.

[3]) Tamże. 1889. 10. str. 574—676.

i dolnych odnóg licznie rozrzucone, ciemno-czerwone plamki; ilość ich w ciągu następnego dnia znacznie się powiększyła, osutka nadto rozszerzyła się na inne części ciała; gorączka nie opuszczała chorego, towarzyszyły jej obfite poty i osłabienie. Oglądając na trzeci dzień chorego, spostrzegłem na skórze tułowia, bioder, goleni, na częściach płciowych, zgięciach górnych odnóg i na dłoniach licznie rozrzucone, małe plamki ciemno-fiołkowej barwy, niektóre z nich wznosiły się nieco nad powierzchnią skóry. W wielu miejscach plamy krwotoczne skupiły się w większe gromadki, gdzieniegdzie też zlały się, tworząc większe plamy fiołkowe, nie znikające pod uciskiem palca; temperatura ciała zrana 39·4°, wieczorem zaś 40·3°, tętno 120. Jodek potasowy odstawiono, poczem wszystkie objawy wnet zaczęły ustępować; po upływie trzech dni gorączka i osutka znikły, nie pozostawiwszy po sobie żadnego śladu.

Wkrótce potem pojawiły się u chorego kiłowe owrzodzenia w przełyku i wystąpiły wyrzuty rumienia kiłowego na tułowiu, wskutek czego zaordynowałem mu wcierania maści rtęciowej po 2·0 codziennie; po drugiem jednak wcieraniu przekonałem się naocznie, iż ustrój chorego był nadmiernie czułym nietylko na działanie jodu, lecz obok tego źle znosił rtęć, albowiem wystąpił obfity ślinotok, obrzmienie dziąseł i zboczenie w przewodzie pokarmowym z gorączką. Zaleciłem więc zamiast wcierań wewnętrznie odwar gwajaku i orzechów leśnych z sarsaparylą. Pod wpływem wymienionego leczenia objawy, aczkolwiek powoli, stale ustępowały; po miesiącu chory był wolnym od objawów kiłowych; pozostało li tylko powiększenie gruczołów limfatycznych. Wkrótce jednak choroba powróciła w postaci owrzodzeń na migdałkach, wypadania włosów na głowie i kilku krostek na twarzy i głowie. Ponowiona próbą leczenia rtęciowego znów nie powiodła się; gdy zaś obok wymienionych objawów kiłowych wystąpiły w dodatku bóle gośćcowe w rozmaitych okolicach ciała, zaleciłem jodek potasowy po 0·5 trzy razy dziennie. W ciągu pierwszych dwóch dni chory doskonale lek znosił; żadnego objawu zatrucia jodem nie było; na trzeci dzień jednak chory zaczął gorączkować (temperatura ciała 39·2°), na twarzy zaś i plecach wystąpiły liczne wykwity grudkowo-krostkowe *(acne jodica)*, na skórze brzucha i goleni nadto pokazało się wiele wyniosłych plamek krwotocznych, obok nich zaś osobno rozrzucone krosty i pęcherze zawierające ropę zmięszaną z krwią. Wnet jodek potasowy odstawiono, poczem gorączka ustąpiła i osutka w parę dni znikła, nie pozostawiwszy po sobie żadnego śladu; chorego zaś, jak i poprzednio, poddałem leczeniu odwarami roślinnemi, które i tym razem bardzo pomyślnie działało i sprowadziło wkrótce ustąpienie wszystkich objawów kiłowych wraz z bólami gośćcowymi; ostatnie nadto już więcej nie powróciły wcale. Po dwóch latach spotkałem chorego w najlepszym stanie zdrowia; oznajmił mi, iż w ostatnich czasach parę razy rozpoczynał leczenie jodowe, lecz za każdym razem musiał go zaprzestać z powodu wystąpienia objawów zatrucia jodem, wśród których osutka krwotoczna zawsze występowała wybitnie.

Drugi przypadek osutki jodowej spostrzegałem w r. 1889 u chorego z kiłą, który w styczniu miał wrzód twardy napletka, w marcu zaś dostał osutki rumieniowo-kiłowej na tułowiu; objawy kiłowe ustąpiły po ośmiu zastrzyknięciach 8%-zawiesiny tymolo-octanu rtęciowego *(hg. thymolo-aceticum)*. W lipcu tegoż roku wystąpił nawrót choroby w postaci licznych grudkowych wyrzutów na skórze tułowia i odnóg; pojawieniu się osutki towarzyszyła gorączka trwająca przez dwa dni, następnie spostrzegłem niebolesne obrzmienie wątroby i równocześnie też objawy wybitnej żółtaczki; wszystkie wymienione objawy ustąpiły po kilkunastu injekcyach rtęciowych, poczem zaleciłem wewnętrznie jodek potasowy. Po kilku dniach leczenia jodowego pojawiły się na twarzy rozrzucone, liczne krostki trądzika jodowego, które jednak wkrótce znikły. Przez następne trzy tygodnie chory doskonale znosił jod; po wyżyciu jednak 16 gramów jodku potasowego powstała na skórze brzucha, przedramion, pleców, lędźwi i goleni osutka rumieniowa swędząca, złożona z wyniosłych, okrągławych i owalnych plam wielkości paznogcia małego palca do monety miedzianej; na powierzchni wykwitów wytworzyły się wkrótce pęcherze z treścią surowiczą i domieszką krwi; wyrzuty zaczęły dalej szerzyć się i łączyć się brzegami swemi, tworząc nieprawidłowe figury; osutce towarzyszyła gorączka z podniesieniem się ciepłoty ciała od 38·5—39·0°C. Jodku potasowego zaniechałem; po kilku dniach osutka znikła i wszystkie objawy ustąpiły; pozostały tylko gdzieniegdzie plamy brunatno-żółte. Powtórne po kilku tygodniach podawanie wewnątrz jodku potasowego nie wywołało już żadnych objawów ubocznych.

Rozpatrzywszy się w kazuistyce osutek jodowych, uważam teraz za stosowne skreślić w krótkich słowach ich charakterystykę: osutki jodowe pojawiają się w rozmaitych postaciach i powstają zwykle wkrótce po zastósowaniu leczenia jodowego. Wyrzuty rzadko występują później, niż 3—10 dni po rozpoczęciu leczenia. Późniejsze pojawienie się groźniejszych postaci osutki jodowej spostrzega się wyjątkowo tylko po dłuższem używaniu wewnętrznem przetworów jodowych; w przeważnej jednak liczbie przypadków pęcherzycy lub osutki guzowej wyrzuty występują już w pierwszych dniach leczenia jodowego; szczególniej zaś tyczy się to osób, u których wydalanie się leku z ustroju jest utrudnione wskutek schorzenia, zwyrodnienia nerek. Łagodniejsze postacie osutki jodowej prawie nigdy nie każą na siebie długo czekać i pojawiają się na 1—3—7. dzień od początku leczenia jodowego. Znanych jest nawet wiele przypadków, w których wyrzuty jodowe pojawiły się już po pierwszej dawce leku. Osutce ulegają zarówno mężczyźni, kobiety i dzieci; wiek też nie stanowi tu żadnej różnicy; choroby nerek i serca utrudniające wydalanie się jodu z ustroju, ułatwiają powstawanie groźniejszych postaci osutki jodowej, jakto spostrzeżono w wielu przypadkach (Morrowa MC Guirea, Wolffa i innych). Przypuścić nadto wypada, iż osoby niedotknięte kiłą późną, tudzież wykazujące żywy temperament i szybką, ożywioną wymianę, najłatwiej ulegają łagodniejszym postaciom osutki jodowej; u osób zaś z opieszałym obiegiem krwi i powolną wymianą lub dotkniętych objawami późnej, trzeciorzędnej kiły objawy skórne zatrucia jodowego w ogólności dość rzadko się napotykają. Osutkę jodową wywołać mogą wszystkie bez wyjątku przetwory jodowe, jakto: jodek potasowy, sodowy, amonowy, nalewka jodowa, jodoform i jodol [1]); najrzadziej jednak widziano osutkę po zadaniu jodolu i jodoformu; najczęściej napotykają się wyrzuty jodowe jako następstwo podawania wewnątrz jodku potasowego, co zresztą zkądinąd dość łatwo tłómaczy się przeważnem używaniem wymienionego

[1]) Gazeta lekarska 1889. 14. str. 299.

przetworu, podczas gdy inne leki jodowe stósunkowo rzadko się zadają.

Jakkolwiek osutki jodowe rzadko występują w jednej postaci, lecz najczęściej znamionują się pojawieniem się wyrzutów wielopostaciowych, dla łatwiejszego jednak zobrazowania wykwitów wskutek działania jodu występujących, należy rozróżniać pięć głównych odmian zboczenia jodowego skóry: osutkę plamistą, rumieniową, postać grudkowo-krostkową, pęcherzycę jodową, osutkę z guzów i nacieków skórnych złożoną i wreszcie jodową plamicę krwotoczną.

a) Osutka rumieniowa plamista zwykle zajmuje twarz, szyję, piersi i odnogi górne, przeważnie zaś sadowi się na skórze przedramion, w postaci rozmaitego kształtu i wielkości plam, rozrzuconych osobno lub zlewających się z sobą brzegami; plamy te są niekiedy nieco wyniesione nad powierzchnią skóry, krótko trwają i wnet po zaprzestaniu leku znikają najczęściej bez śladu, rzadko zaś pozostawiają po sobie barwikowe, łuszczące się plamy. Wobec dalszego zadawania przetworu jodowego wyrzuty rumieniowo-plamiste przeobrażać się mogą w grudkowe i nawet guzkowe, lub też obok wykwitów rumienionych powstają rozmaite inne wyrzuty.

b) Osutka grudkowo-krostkowa napotyka się najczęściej na twarzy, tułowiu i odnogach, objawia się zaś powstawaniem na skórze wielu pojedynczo usadowionych grudek i krostek, przypominających z wejrzenia swego wykwity trądzika zwykłego; rzadziej zaś napotyka się na tułowiu i odnogach osutka z licznych i gęsto skupionych grudek czerwonych złożona. Jako odmianę postaci grudkowej wyróżnić trzeba wykwity bąblicowe, podobne do pokrzywczanych wyrzutów, które atoli najczęściej pomięszane bywają z grudkami i krostkami.

c) Pęcherzyca jodowa występuje w postaci rozrzuconych na powierzchni skóry guzów i bąbli, przetwarzających się następnie w pęcherze z treścią surowiczą lub surowiczo-ropną, niekiedy zaś z domieszką krwi. Osutkę pęcherzycową opisałem już wyżej szczegółowo, zastanawiając się nad kazuistyką osutek jodowych w ogólności.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

O śmierci nagłej.

Podał

Dr. Leon Wachholz,

asystent katedry medycyny sąd. w Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30.)

Wszyscy autorowie zgadzają się, iż starcy podpadają śmierci nagłej bardzo często. Według statystyki Devergiego[1]) na 35 ludzi zmarłych nagłą śmiercią było 10, których wiek przekraczał 60 lat. Na 80 przypadków nagłej śmierci, poddanych sekcyi policyjno sanitarnej w krakowskim zakładzie sądowo-lekarskim. było 21, w których wiek zmarłych przekraczał lat 60 (26·2%).

Rozpatrując przypadki nagłej śmierci ogłoszone w latach ostatnich, jakoteż przypadki poddane sekcyi w zakładzie sądowo-lekarskim w Krakowie, można się przekonać, iż przypadki, w których przyczynę śmierci określa jasno wynik sekcyjny, pozostają w mniejszości względem tych,

[1]) l. c.

w których tylko można się jej dorozumieć, z mniejszą lub większą pewnością, ze zmian anatomicznych. I tak podaje Lesser[1]), iż na 162 przypadków nagłej śmierci, sekcyonowanych w zakładzie sądowo lekarskim w Wrocławiu, tylko w 53 przypadkach określał obraz sekcyjny przyczynę nagłej śmierci.

Na 80 przypadków sekcyonowanych w Krakowie tylko w 28 napotkano zmiany tłómaczące wprost przyczynę nagłego zejścia.

Przyczyny nagłej śmierci, które sam obraz sekcyjny wyjaśnia, bywają różne. Po rozpatrzeniu się w nich kolejno przedstawiają się one tak:

Śmierć nagła wskutek zmian w jamie czaszkowej. Zmiany w jamie czaszki znajdywane, wywołują najczęściej śmierć nagłą przez zwiększenie się ucisku śródczaszkowego ponad stopień, mogący istnieć bez szkody dla ustroju[2]). Zmiany te zwiększające ucisk śródczaszkowy są różne; i tak: krwotoki śródoponowe lub podoponowe. Najdosadniejszym przykładem ich są krwotoki z pękniętej tętnicy oponowej średniej (*art. meningea media*), które są zazwyczaj następstwem urazu w czaszkę. Przez pewien czas po urazie nie okazuje człowiek pęknięciem tej tętnicy dotknięty żadnych objawów; dopiero z chwilą, gdy ilość wynaczynionej krwi podwyższy ucisk w jamie czaszki ponad stopień podany, wówczas człowiek ten nagle pada, tracąc przytomność a często i życie.

Doświadczenie uczy, że krwotokom śródoponowym lub podoponowym ulegają najczęściej ludzie, oddający się nałogowo opilstwu. Przyczyna tego zjawiska jest dwojaka. Po pierwsze, ludzie ci najczęściej narażają się na uraz bądź to w bójkach, jakie wszczynają w stanie podniecenia, bądź też wskutek upadku; po drugie, wytwarza się u nich zmiana znana pod nazwą *pachymeningitis haemorrhagica*, polegająca na wytwarzaniu się kruchych a obficie w naczynia zaopatrzonych zrostów od wewnętrznej strony opony twardej. Już nawet bardzo nieznaczne zboczenia w krążeniu krwi, wywołane wruszeniami umysłowemi, jak gniewem[3]), wystarczają, aby sprowadzić krwotoki wskutek pękania wymienionych zrostów. Krew wynaczyniona oddziela te zrosty i krzepnąc, tworzy krwiaki w błoniastych torebkach zwiększające w różnym stopniu ucisk śródczaszkowy[4]).

U noworodków zdarzają się również dość często wynaczynienia krwi w oponach mózgowych; najczęściej są one skutkiem obrażeń czaszki, powstających w czasie trudnego porodu. Czasem zdarzają się one bez wiadomej przyczyny jak to n. p. opisuje Maschka w przypadku ogłoszonym przez siebie (*Vierteljschr. f. ger. Med. 1888*).

Krwotoki mózgowe stają się przyczyną nagłej śmierci bądź to skutkiem zwiększenia się ucisku, bądź też przez zniszczenie ośrodków dla życia niezbędnie potrzebnych. — Krwotoki mózgowe powstają albo z pęknięcia naczyń miażdżycą dotkniętych, jak to zdarza się najczęściej, albo z pęknięcia tętniaków tętnic mózgowych. Charcot i Bouchard opisali tak zwane tętniaczki prosówkowe w mózgu, które zdaniem prawie wszystkich badaczy istnieją w przypadkach krwotoków mózgu u osób starszych. O ile to z badań Eichlera[5]) wypada, powstają owe prosówkowe tętniaczki na tle zmiany miażdżycowej naczyń.

Nowotwory i ropnie mózgu są również przyczyną nagłej śmierci przez znaczne podniesienie ucisku. Tak nowotwory jak i ropnie mogą istnieć długo bez żadnych przypadów lub tylko z bardzo nieznacznemi, aż nagle wywołują zgon nieprzewidziany. I tak wspomina Bruns[6]) o przypadku Haertlina, w którym trwał ropień 26 lat bez żadnych obja-

[1]) [2]) Prof. Lesser: Die wichtigsten Sektionsergebnisse in 171 Fällen plötzlichen Todes. (Viertjschr. f. ger. Med. 1888).

[3]) Taylor w Viberta Précis de médecine lég. Pag. 84.

[4]) Ziegler: Lehrbuch der spec. pathol. Anatomie. Jena. 1887. Pag. 381.

[5]) Strümpell: Lehrbuch der spec. Path. und Ther. Leipzig. 1889. Bd. II. Pag. 357.

[6]) Eichhorst: Handbuch d. spec. Path. u. Ther. B. III.

wów. Maughan [1]) opisuje przypadek z nieznacznymi objawami za życia, który zakończył się nagłą śmiercią. Vibert wspomina o przypadkach ropni mózgowych, powstałych z zapalenia ropnego jamy bębenkowej, które zakończyły się śmiercią nagłą wskutek krwotoku z żyły szyjnej *(vena jugularis)*, przebitej owrzodzeniami ropnemi.

Z nowotworów mózgowych wymienić wypada mięsaki, wsporniaki (*gliomata*), wreszcie tętniaki i kilaki dają powód do nagłej śmierci. Tętniaki tętnic mózgowych zdarzają się nietylko u osób starszych, lecz także i u dzieci; Oppe [2]) opisał w ubiegłym roku dwa przypadki tętniaków tętnicy podstawowej mózgu u 5. i 7-letniego chłopca.

W krakowskim zakładzie sądowo-lekarskim znaleziono udar mózgowy i guzy w sześciu przypadkach nagłej śmierci. W jednym z nich znaleziono w zwłokach kobiety, 40 lat liczyć mogącej, mięsak, zajmujący prawie całą półkulę prawą mózgu; w drugim zaś, tyczącym się zwłok mężczyzny 60 lat liczącego, istniały obok wielu zmian kiłowych, kilak przysadki mózgowej *(hypophysis)* i wynaczynienia w okolicy zagłębienia (*vallecula*) i rowka Sylwiusza.

Śmierć nagła wskutek uduszenia nastaje najczęściej wskutek przytkania dróg oddechowych ciałami obcemi, które nie dopuszczają wolnego dopływu powietrza do płuc; czasem nastaje ona wskutek ograniczenia powierzchni oddechowej w płucach, wywołanego sprawą zapalną w pęcherzykach płucnych, albo uciśnięciem płuc, lub też wykluczeniem znaczniejszego obszaru tętnicy płucnej przez zatory.

Śmierć z przytkania dróg oddechowych nastaje tak szybko, iż możnaby ją pod tym względem porównać z śmiercią przez rażenie piorunem. Nie zawsze jednak nastaje śmierć w tych przypadkach tak szybko, gdyż to zależy od szybkości i dokładności odcięcia powietrzu dostępu do płuc. Najprędzej następuje śmierć, jeżli ciało obce stałe n. p. kawałek mięsa podczas połykania, wpadnie do krtani i w niej utkwi zamykając szczelinę oddechową. Czasem nazbyt wielki kęs pokarmowy utkwi w połyku i przez ucisk zamknie tchawicę; podobny przypadek opisał Tourdes [3]). Najczęściej giną ludzie tym rodzajem śmierci z uduszenia w czasie wymiotów, zwłaszcza, jeżli są znieczuleni n. p. w czasie narkozy chloroformowej, w okresie ostrego upojenia alkoholem lub w pierwszym okresie otrucia tlenkiem węgla. W tych bowiem sprawach nie zamyka się sposobem odruchu znieczulona nagłośnia w chwili, gdy treść żołądka dostaje się do jamy ust.

Bardzo często można napotkać podczas sekcyi treść żołądkową w krtani i tchawicy, gdyż, jak to wykazał prof. Engel [1]) w Wiedniu, może miazga pokarmowa z żołądka wtargnąć do dróg oddechowych także i po śmierci; zdarza się to w zwłokach, znacznie zgniłych, wskutek parcia gazów gnilnych w jamie brzusznej, a zdarza się także i w zwłokach świeżych, jeżli żołądek jest wypełniony treścią płynną, a wywrze się ucisk na okolicę jego n. p. przy rubasznem przenoszeniu i układaniu zwłok na stół sekcyjny.

Aby uniknąć pomyłki w rozpoznaniu, czy treść żołądkowa dostała się za życia lub po śmierci do dróg oddechowych, wystarczy uwzględnić następujące okoliczności: 1) przyczynę śmierci; albowiem w przypadkach, w których przyczyną śmierci było uduszenie się aspirowaną treścią pokarmową, sekcya daje wynik ujemny co do przyczyny śmierci, krew w zwłokach jest płynną, pod opłucną znajdują się zazwyczaj wynaczynionki, nadto są i inne zmiany przemawiające za uduszeniem; 2) treść pokarmowa aspirowana za życia wnika najczęściej aż do drobnych rozgałęzień oskrzeli, a można ją nawet zobaczyć na przekroju płuca za uciskiem; jeżli natomiast treść owa dostała się do tchawicy już po śmierci, wówczas nie wnika nigdy tak głęboko, aż do drobnych oskrzelków [4]). 3) Treść aspirowana za życia wywołuje przez drażnienie krtani, tchawicy i płuc zmiany odczynowe jak żywe nastrzyknięcie naczyń w błonach śluzowych, przekrwienie płuc i t. d. 4) Wywiady, czy zwłok nie ugniatano, lub stwierdzenie znacznej zgnilizny.

Znane są przypadki uduszenia, w których ciałem obcem, dostającem się do dróg oddechowych była krew lub ropa z tętniaków przebijających oskrzela, względnie z ropni. I tak opisuje Gerhardt przypadek tętniaka tętnicy głównej, który przetarłszy ścianę tchawicy pękł [1]), Miraillie przypadek tętniaka tętnicy głównej, który przebił ścianę prawego oskrzela i pękł [2]), Lesser [3]) przypadek podobny do przypadku Gerhardta i t. d. Czasem następuje uduszenie się krwią podczas nagłego a znacznego krwotoku płucnego w przebiegu gruźlicy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Cerebral abscess; slight symptoms; sudden death. — Schmidts Jahrb. T. 234. 1892.

[2]) Schmidts Jahrb. T. 234. 1892.

[3]) Vibert: Précis i t. d.

[4]) Hofmann-Paltauf. Ueber den Tod durch Ertrinken. Wien. Bougier w Method. d'expert. Brouardela i Ogiera.

[1]) Aortenaneurysma mit Durchbruch in die Luftröhre. Virchows Archiv f. Physiol. i t. d. 1891. CXXV.

[2]) Miraillie. Anévrysme de l'aorte i t. d. Schmidts Jahrb. 1892. T. 235.

[3]) Vierteljschr. f. ger. Med. 1888.

Carl v. Noorden, Privatdocent in Berlin: **Lehrbuch der Pathologie des Stoffwechsels für Aerzte und Studirende.** Berlin 1893 r. stronnic 492.

Zdawałoby się napozór, że to uczone dzieło wyłącznie będzie poświęcone teoretycznym wywodom w kwestyi przemiany materyi i że znajdziemy w niem tylko suche cyfry, chemiczne formułki i cytaty z uczonych ksiąg lekarskich. Tymczasem przezwyciężywszy wstręt do książki, jesteśmy sowicie nagrodzeni, bo co krok spotykamy się z praktycznemi uwagami i wskazówkami dla lekarza na podstawie najnowszych badań naukowych, a tembardziej zalecałbym lekarzom na prowincyi przeczytanie tego dzieła, ponieważ w ostatnich czasach dużo zmieniło się w poglądach na przebieg spraw chorobowych na podstawie nowszych zdobyczy we wszystkich gałęziach medycyny a w wielu razach trzymają się lekarze starsi dawniejszych zasad i postępowania przy łóżku chorego, co już dziś nie daje się pogodzić z nauką i jest lekarskim błędem lub anachronizmem. Wogóle nasza medycyna wewnętrzna zanadto jest konserwatywna i nieraz hołduje zasadom dawno już przestarzałym i niemogącym być naukowo wytłomaczonym, bojąc się, nie wiem dlaczego, odrazu przyswajać sobie wszystko to, co się okazało istotnie dobrem.

Lekarz będący *au courant* nowszej literatury znajdzie w tem dziele bardzo wygodne zestawienie ważnych szczegółów, rozrzuconych po tysiącznych pracach, mających wielką wartość i zastósowanie praktyczne, lekarz zaś praktyk nie mogąc śledzić postępu nauki odświeży sobie dawniejsze zasady i wiele nowych, cennych wskazówek dla siebie uzyska. Tak np. pierwsza zaraz część fizyologiczna o trawieniu białka, skrobi, tłuszczów i soli przedstawia nowsze zdobycze na tem polu a mające swoje zastósowanie w dyetetyce chorych, która dziś już chorego nie stara się zagłodzić, lecz i owszem podtrzymuje organizm chory przez podawanie odpowiednich pokarmów, zastósowanych do zdolności trawienia i wchłaniania chorego.

Również i rozdziały traktujące dalej o przemianie materyi w stanie fizyologicznym i patologicznym, wpływie na nią ciąży, menstruacyi, o soli i wpływie wody i soli rozmaitych w dziennym obrocie są tak zwięźle i obrazowo przedstawione, naukowe dane umiejętnie wyzyskane, że i tutaj lekarz praktyczny uzyska wiele korzyści dla siebie. To też cała druga część o głodzie i niedostatecznem odżywianiu a zwłaszcza dział o gorączce i jej wpływie na przemianę materyi, na krew, narząd pokarmowy, mocz i krótki wywód terapeutyczny wynikający z tego również ma wielką wartość praktyczną i daje wyraźne wskazówki, jak należy postępować z odżywieniem chorego w chorobach gorączkowych ostrych i przewlekłych.

Pesymizmu co do bezskuteczności użycia żelaza wewnętrznie, jakiemu hołduje Bunge i jakby to z jego pracy

wypadało, autor nie podziela i owszem dowodzi właśnie na podstawie innych prac naukowych, że żelazo zostaje przez organizm wchłaniane. Inne rozdziały, traktujące o chorobach żołądka, jelit, wątroby, nerek, narządów krążenia i oddechania, oraz moczówka cukrowa, dur i inne zboczenia z nieprawidłowej przemiany materyi powstające są tutaj szczegółowo i dokładnie omawiane a przy każdej z nich zawsze obok strony naukowej uwzględniana bywa i część praktyczna. W moczówce cukrowej radzi także ograniczyć pacyenta na mięso i tłuszcze, lecz ze względu na straty, jakie chory ponosi przez niedostateczną asymilacyę mięsa i niemożność zaoszczędzenia własnego organizmu, pozwala na używanie mącznych pokarmów np. w postaci 200 grm. kartofli i 150 gramów chleba, zwłaszcza u osób, którzy przy dyecie mięsnej i tłuszczach chudną i zachodzi obawa wystąpienia *coma diabeticum.*

Szkoda tylko, że w tym rozdziale niema obszernego, krytycznego poglądu na dotychczasowe sposoby leczenia cukromoczu, bo nie wątpię, że autor posiadając taką wiedzę i otoczony tak bogatą literaturą, cytowaną w każdym rozdziale, mógłby podać wiele praktycznych wskazówek w tym względzie, nie jedno z leczenia odrzucić, czego z dzisiejszym stanem nauki nie można pogodzić.

Nie mniej interesujący jest rozdział omawiający otyłość i *arthritis uratica* i tutaj odnajdzie każdy z nas dla siebie wiele nowych szczegółów.

Ramy tego sprawozdania nie pozwalają mi na przytoczenie wielu jeszcze zalet, jakie mi się nasunęły podczas czytania tej książki, a skończywszy ją raz, chętnie się zabieram do przestudyowania jej na nowo i toż samo mogę polecić każdemu z kolegów, któryby chciał się bliżej zaznajomić z postępem nie tylko w ogólnej dyetetyce, lecz i w leczeniu chorób. *Dr. J. Surzycki.*

Terapia.

Ziemssen: O znaczeniu dyagnostycznem i terapeutycznem punkcyi przewodu kręgowego.

Przed dwoma laty na kongresie medycyny wewnętrznej doniósł po raz pierwszy Quincke o swych próbach z punkcyą przewodu kręgowego a wrażenie sprawione tem doniesieniem skłoniło Ziemssena do doświadczenia tego sposobu w nagminnem zapaleniu opon mózgordzeniowych, w zapaleniu gruźliczem tychże opon, w puchlinie głowowej *(hydrocephalus)*, w guzach mózgu i chorobach rdzenia pacierzowego.

Punkcya przewodu kręgowego nie przedstawia żadnych trudności, jeżeli się idzie za przepisem danym przez Quinckego, t. j. ułoży chorego na bok ze zgiętą jak najbardziej ku przodowi częścią lędźwiową stosu kręgowego i wbije igłę między 3. a 4. lub 4. i 5. łukiem kręgu lędźwiowego obok wyrostka kolczystego na głębokość 5 do 6 ctm. Zapuszczanie igły ma się odbywać powoli wśród macania, ażeby ominąć brzeg łuku kręgowego. Do małej tej operacyi konieczną jest zdaniem autora narkoza chloroformowa, jeżeli tylko chorzy są przytomni, gdyż w przeciwnym razie mimo swych obietnic rzucają się gwałtownie, prostują zgięty stos kręgowy i udaremniają cały zabieg.

Wszystkie punkcye autora miały skutek dodatni.

Jeżeli ucisk na mózg jest znaczny, wypływa ciecz mózgo-rdzeniowa w kształcie łuku, w przeciwnym razie wydobywa się kroplami. Jeżeli powiększenie się ucisku na mózg nie jest zapalne, ciecz wypływająca ma wszystkie przymioty prawidłowego płynu mózgordzeniowego. W przypadku ostrego zapalenia opon mózgordzeniowych w końcu pierwszego tygodnia choroby wydobyto 60 cm. sz. cieczy pod znacznem ciśnieniem wypływającej, mlecznej, ze strzępkami wypocinowemi, pod względem bakteryologicznym zupełnie obojętnej. W trzy dni później otrzymano za powtórną punkcyą 70 cm. płynu całkiem prawie przeźroczystego, bez strzępków, w pięć dni po tej drugiej punkcyi płyn wydobyty był znowu dobrze mętny.

Działanie każdej punkcyi na podmiotowe dolegliwości chorych, szczególnie na ból głowy, było pomyślne.

W przypadku daleko już zaszłego zapalenia gruźliczego opon na podstawie czaszki wydobyto 91 cm. sz. płynu przeźroczystego, chory jednak nie odzyskał przytomności. — W przypadku nacieku gruźliczego móżdżku a w małym stopniu i mózgu po kilku punkcyach i wydobyciu płynu przeźroczystego objawy ucisku mózgowego ustąpiły całkiem, mianowicie zniknął zupełnie ból głowy, pacyent chodził swobodnie, jadł z apetytem i skarżył się tylko na coraz większe upośledzenie wzroku jako następstwo zaniku nerwu wzrokowego. Umarł dopiero po 8 tygodniach na ostre zapalenie płuc gruźlicze.

W jednym przypadku zapalenia opon surowiczego lub guza w mózgu z bardzo gwałtownemi bólami i zawrotami głowy, napadami padaczkowatemi i obrzmieniem zastoinowem tarcz nerwów wzrokowych zrobiono w 15 dniach 5 razy punkcyą; chory stopniowo pozbywał się bólu głowy i w stanie znacznie polepszonym opuścił szpital piechotą z lekkiemi napadami padaczkowatemi, skłonnością do wymiotów i wzmagającem się coraz bardziej upośledzeniem wzroku.

Z tych postrzeżeń wnosi Ziemssen, że w punkcyi przewodu kręgowego mamy nadzwyczaj skuteczny środek do zmniejszenia ucisku na mózg, że jednakowoż nie można jeszcze dotychczas wyrzec nic stanowczego o jego działaniu terapeutycznem.

Pod względem dyagnostycznym można spodziewać się, że punkcya w zapaleniu opon mózgordzeniowych pozwoli wejrzeć bliżej w istotę sprawy zapalnej a mianowicie w naturę sprawiających je drobnoustrojów, pod względem terapeutycznym da możność wprowadzania leków wprost do przewodu kręgowego i otworzy tym sposobem nową drogę dla leczenia chorób mózgu i rdzenia pacierzowego.

Szkodliwego działania ubocznego punkcyi autor nie widział ani razu jak również żadnej reakcyi z wyjątkiem przemijającej arytmii tętna niekiedy.

Odczyt ten dał powód do dyskusyi.

Bruns (z Hanoweru) z uwagi, że punkcya przewodu kręgowego działa przez zmniejszenie ucisku wśródczaszkowego, chciał zastąpić ją trepanacyą czaszki, ale doświadczenia, jakie w tej mierze zrobił z nowotworami w mózgu, nie zachęcają do dalszych prób pod tym względem. Zdaniem jego w przypadkach chorób mózgowych, gdzie rozpoznanie miejscowe nie jest możebne, najlepiej zacząć od punkcyi przewodu kręgowego.

Quincke (z Kilonii) robił dotychczas punkcyę w 22 przypadkach 41 razy. Z góry nie spodziewał się po tej operacyi żadnego skutku trwałego, ale przypisuje jej wartość dyagnostyczną, mianowicie ze względu na rodzaj wydobytego płynu, twory uorganizowane w nim, ilość białka i ciśnienia, pod którem wypływa. Prawidłowy płyn mózgordzeniowy ma ciężar gatunkowy czyli właściwy od 1·007 do 1·009 i zawiera białka $^1/_2$—1‰. Jeżeli ilość białka powiększy się od 1—2‰ (co dzieje się w zapaleniach opon tak gruźliczych, jak prostych, surowiczych), trzeba myśleć o świeżej sprawie zapalnej. Obecność krwi w płynie może mieć w pewnych okolicznościach znaczenie i być nawet do pewnego stopnnia wskazówką do operacyi w przypadkach traumatycznych. Prawidłowe ciśnienie cieczy mózgordzeniowej wynosi najpodobniej do prawdy mniej niż 150 mm. (wody), dochodzić może jednak w sprawach chorobowych do 700 mm. nie zostając wszakże w prostym stósunku do objawów podwyższenia ucisku wśródczaszkowego.

Wskazania terapeutyczne do punkcyi ograniczają się zdaniem Quinckego do ostrego zapalenia opon gruźliczego i surowiczego.

Wykonanie punkcyi jest bardzo proste; żeby się kaniula nie zatykała, zaopatruje się ją w sztylet. Można ranę punkcyjną w oponie lancetem rozszerzyć w razie potrzeby.

Ewald (z Berlina) potwierdza doświadczenia poprzednich mowców; punkcyę robi zwykłą strzykawką Pravazowską nieco większą, jak się jej używa do punkcyi opłucny.

Za każdym razem przekonał się o znacznem i natychmiast ustępującem zmniejszeniu się przypadów ucisku wśród-

czaszkowego, które jednak z natury rzeczy nie utrzymywało się.

Sahli (z Berna) podziela zapatrywania się Quinckego. Ponieważ skutek jednej punkcyi nie może być trwały, próbował osączać czyli drenować przewód kręgowy w ten sposób, iż punkcyą robił dosyć grubym trójgrańcem, przez kaniulę przeciągał kateter twardawy a po nim wydobywał kaniulę. Rzecz nie okazała się jednak praktyczną, bo chcąc zapobiedz ugnieceniu kateteru przez ciężar ciała a przez to zatamowaniu odpływu cieczy, trzeba chorego trzymać ciągle w położeniu na bok a mimo tego kateter był ugnieciony przez ruchy potężnych, jak wiadomo, mięśni grzbietowych. Próbowano przeto kateteru metalowego, który atoli raz zatkał się skrzepem krwi a drugi raz przez zmianę położenia tak drażnił opony rdzeniopacierzowe, iż przychodziło do kurczów zwrotnych.

Naunyn (ze Sztrasburga) próbował sposobem Quinckego w 7 przypadkach 11 razy punkcyi i z wyjątkiem jednego, gdzie ciecz nie wypłynęła z powodu, jak się później pokazało, iż była nią gęsta ropa, nie miał żadnej trudności. Ciśnienie, pod jakiem wypływała ciecz po punkcyi, było znaczne i dochodziło w jednym przypadku zapalenia gruźliczego opon do 700 mm., w dwóch przypadkach guzów w mózgu do 500 mm. ciśnienia wody. Narkozy do punkcyi nie używał. Skutek był oczywiście tylko przemijający, ale trwał przynajmniej $^1/_2$ dnia. Tętno po punkcyi było liczniejsze a bóle głowy mniejsze. Korzystnego wpływu na obrzmienie zastoinowe tarczy nerwu wzrokowego widać nie było.

Ziemssen na zakończenie zwraca raz jeszcze uwagę na znaczenie dyagnostyczne punkcyi przewodu kręgowego dla rozróżniania rozmaitych form zapalenia opon i widzi analogię do zapalenia opłucny, gdzie się także robi punkcyą w celu dowiedzenia się, jaka jest forma zapalenia i jakie bakterye znajdują się w wypuszczonym płynie. (*Verhandlungen des XII. Congresses für innere Medicin gehalten in Wiesbaden von 12—15. April. 1893. Wiesbaden. 1893*). *D.*

Notatki terapeutyczne.

97) **W celu leczenia otyłości** zaleca F. Hirschfeld następującą dyetę w dwóch odmianach:

I.

	białko	tłuszcz (w gramach)	wod. węgla
1. śniadanie: kawa czarna, bez cukru	—	—	—
bułka (50 gramowa)	4	—	27
2. śniadanie: 2 jaja	12	10	—
Obiad: bulion z 30 grm. (na sucho ważonemi) ryżu	4	5	24
250 grm. chudego mięsa (ważonego na surowo) gotowanego lub smażonego z małą ilością masła	53	15	—
Po obiedzie kawa czarna, bez cukru	—	—	—
Kolacya: 50 grm. séra śmietankow.	15	3	—
100 grm. chleba	7	—	55
10 grm. masła lub innej omasty	—	10	—
Razem	95	43	106

czyli 1224 kaloryj.

II.

	białko	tłuszcz	wod. węgla
1. śniadanie: kawa czarna, bez cukru	—	—	—
bułka 50 gramowa	4	—	27
2. śniadanie: bulion i dwa jaja	14	12	—
Obiad: zupa ziemniaczana	6	8	40
300 grm. (na surowo ważonych) mięsa	63	20	—
Po obiedzie: kawa czarna, bez cukru	—	—	—
Kolacya: 200 grm. chudej szynki	40	6	—
100 grm. chleba	7	—	55
Razem	134	46	122

czyli 1478 kaloryj.

Nothnagel nie mogąc odpowiedzieć na pytanie, czy brom leczy padaczkę, sądzi, że łagodzi przynajmniej napady. Z mięszaniny bromków potasu, sodu i amonu nie widzi N. korzyści i uważa bromek sodu za przetwór naodpowiedniejszy, w dawce największej na dzień, dla dorosłych od 8 do 12 gramów. Prócz bromu zaleca się tlenek cynku osobliwie u dzieci według przepisu:

98) Rp. *Zinci oxydati 0·03*
Exti belladonnae 0·03
Pulv. radd. valerianae 1·00
M. f. p. Dentur tales doses XXX.
S. Trzy razy dziennie po proszku zażywać.

U dorosłych można powoli dojść do 0·30 tlenku cynku na dawkę. (*Ther. Mtshefte. Sierpień. 1893*).

Wygodny roztwór przeczyszczający:

99) Rp. *Natrii sulfurici*
Magnesiae sulfuricae
Cremoris tartari
āā 20·00
Solve in
Aquae destil. 1000·00
S. Zażywać po szklance rano na czczo.

IV. Sprawozdanie z V. Zjazdu chirurgów polskich.

Podał

Dr. Karol Klecki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

Prof. Rydygier zapytuje się Dra Kryńskiego, czy zestawił wyniki badania bakteryologicznego powietrza w klinice krakowskiej z wynikami otrzymanemi w klinice Bergmanna. Zestawienie takie byłoby ciekawem z tego względu, że w klinice prof. Rydygiera nie opatruje się zupełnie na salach chorych, w Berlinie zaś zmienia się opatrunki właśnie na tych salach.

Dr. Kryński odpowiada, że w salach chorych kliniki krakowskiej opada z powietrza na płyty mniej więcej dwa razy mniej zarodków, aniżeli w salach chorych kliniki prof. Bergmanna.

Prof. Rydygier przypomina, że kiedy przed jakimś czasem polemizował z Mikuliczem w sprawie sprayu pojawiła się nagle rozprawa Heglera, który starał się podnieść znaczenie zakażenia z powietrza. W powietrzu mają bakterye okoliczności stanowczo niepomyślne dla swego rozwoju; w prawidłowych okolicznościach jest ich dlatego w mieszkaniach prywatnych i w klinikach stósunkowo niewiele, ale podczas wojny, gdy w jednem miejscu będą się nagromadzać ropiejące rany, zakażenia z powietrza nie będzie można lekceważyć. Prof. Rydygier jest zdania, że zakażenie z powietrza niema tak doniosłego znaczenia, jakie mu dawniej przypisywano, nie posuwa jednak zapatrywania się swego w tej sprawie tak daleko, jak to czyni Volkmann.

Doc. Dr. Trzebicky (z Krakowa) przytacza, że często operuje w szpitalu wśród najgorszych warunków, czasami robi laparotomie bezpośrednio po operacyach zapalenia tkanki łącznej podskórnej (*phlegmone*) i t. p. w tej samej sali operacyjnej a nie mógł dotychczas w żadnym przypadku przekonać się o zakażeniu z powietrza.

Dr. Wehr (ze Lwowa) sądzi, że podczas wojny jest znacznie bezpieczniej operować na wolnem powietrzu, nawet wśród kurzu, aniżeli w źle odwietrzanym szpitalu. Operując w mieszkaniach prywatnych, można się nie liczyć z zakażeniem z powietrza, w szpitalach jednak trzeba uwzględniać, że w powietrzu muszą się unosić grzybki chorobotwórcze. Oczywiście znacznie donioślejszą jest sprawa zakażenia przez zetknięcie.

Prof. Obaliński uważa, że nie można zrywać zupełnie z antyseptyką. W oddziale swoim w starym szpitalu nie operuje prof. Obaliński inaczej, jak tylko antyseptycznie; w nowych gmachach, gdzie istnieje podział sal operacyjnych na antyseptyczne i aseptyczne, można bezpiecznie operować posługując się obiema metodami; w przeważnej liczbie na-

szych szpitali nie można jeszcze dotychczas przeprowadzić czystej aseptyki.

Prof. O b a l i ń s k i demonstruje kilka nowych narzędzi chirurgicznych:

1) Strzykawkę Winderowską, t. z. węgierską zrobioną ze szkła i twardego kauczuku. Na tłoku umieszczoną jest obrączka z miękkiej gumy, zwiększająca i zmniejszająca tarcie tłoka o szklaną ścianę przez przykręcenie śruby. Wskutek tego urządzenia tłok się nie psuje, a strzykawka jest również aseptyczną, jak strzykawka zrobiona cała z metalu.

Prof R y d y g i e r uważa strzykawkę tę za stosunkowo dobrą, ma ona jednak tę wadę, że nie można jej wygotować, i że sublimat niszczy jej części gumowe.

2) Kleszcze do żeber Windlera.

3) Kleszcze do krwawnic (heromoidów).

4) Imadło P o z z e g o do igieł H a g e d o r n a; imadło to odznacza się prostotą budowy.

5) Własne kleszcze do krwawnic wykonane przez Knapińskiego.

VII. Dr. K o z ł o w s k i (z Krakowa): P r z e d s t a w i e n i e p r z y p a d k u g r u ź l i c y s k ó r y (z demonstracyą chorej i preparatów). Przypadek, przedstawiony przez Dra K o z ł o w s k i e g o, należy do rzadkich ze względu na rozmiary, jakie choroba skóry przybrała oraz na niezwyczajną formę tego cierpienia. Chora, dwudziestokilkoletnia kobieta, przedstawia liczne zmiany części miękkich i kości jako pozostałości dawniej przebytych cierpień gruźliczych. Przed 13 laty amputował jej prof. O b a l i ń s k i lewe podudzie z powodu zapalenia szpiku kostnego. Obecnie cierpienie trwa od czterech lat a usadowiło się ono na prawym pośladku, który jest pokryty prawie na całej powierzchni wielkiemi, kalafiorowatemi naroślami; narośle te są przebite licznemi przetokami, w wielu miejscach wykazać można chełbotanie; z miejsc tych wydobyć można strzykawką Pravaza charakterystyczną ropę gruźliczą. W ropie tej nie udało się wykazać laseczników gruźliczych. Zaszczepiano tę ropę królikom i świnkom morskim do jamy brzusznej i do przedniej komory oka. Po kilku tygodniach wystąpiły u jednego królika i jednej świnki morskiej na tęczówce typowe gruzełki, które i mikroskopowo dały się stwierdzić i wykazano w nich laseczniki gruźlicze. W jamie brzusznej znaleziono tylko u jednego królika zapalenie włóknikowe otrzewny (*peritonitis fibrinosa*), gruzełków na otrzewnej nie można było wykazać. Z przypadku tego założono hodowle laseczników gruźliczych, zrobiono to jednak dopiero przed kilku dniami po zabiciu zaszczepionych zwierząt tak, że w hodowlach tych jeszcze nic widzieć nie można. W kawałkach skóry, wyciętych z owych narośli, wykazać można mikroskopowo typowe gruzełki, bardzo wybitne bujanie przyskórka a w przyskórku tym rozpadające się okrągłe ogniska, powstałe w podobny sposób, jak torbiele retencyjne.

Dr. K o z ł o w s k i demonstruje chorą, preparaty mikroskopowe i rysunki.

Doc. Dr. B o s s o w s k i (z Krakowa) przytacza, że przed siedmiu laty widział w klinice skórnej prof. R o s n e r a podobny przypadek, w którym guzowate wysepki zajmowały całą kończynę dolną od stopy do pachwiny. Podobne przypadki opisywano jako *lupus hypertrophicus*.

Dr. W e h r (ze Lwowa) przytacza, że widział również podobny przypadek, w którym zmiany nie były jednak tak wybitne, jak w przypadku, przedstawianym przez Dra K o z ł o w s k i e g o i które znajdywały się na podbrzuszu. Dalej przytacza Dr. W e h r przypadek typowego *lupus hypertrophicus* na częściach rodnych i pośladku, obserwowany we Lwowie przez Dra B a r ą c z a.

Prof. R y d y g i e r zwraca uwagę, że przedstawiony przypadek tworzy obraz zupełnie odmienny od obrazu *lupus hypertrophicus*, w którym nie napotyka się tak wielkich guzów, jak w przypadku Dra K o z ł o w s k i e g o. Klinicznie rozpoznał prof. R y d y g i e r odrazu w przypadku tym gruźlicę skóry; jedynie prątków nie udało się wykazać w ropie, wykazano je później jednak w gruzełkach zwierząt, zaszczepionych tą ropą.

Dr. G a b r y s z e w s k i (z Krakowa) dodaje, że w opisanym przypadku zmiany występują początkowo nie w powierzchownych warstwach skóry, ale głębiej; dopiero po utworzeniu się i pęknięciu takiego głębokiego ropnia występują naokoło wytworzonej przetoki owe wyrośle skórne. Można o tem przekonać się poniżej guzów pośladka, na tylnej powierzchni uda.

II. d z i e ń z j a z d u dnia 12. lipca.

Drugi dzień zjazdu rozpoczęto od zwiedzenia oddziału chirurgicznego prof. O b a l i ń s k i e g o w szpitalu św. Łazarza. Urządzenia wewnętrzne szpitala tego pozostawiają wiele do życzenia; to też uczestnicy zjazdu głównie zwiedzali nowy pawilon chirurgiczny tegoż szpitala, którego budowa ukończy się dopiero w październiku r. b. Szczegółowy opis nowego pawilonu chirurgicznego nie jest potrzebny na tem miejscu, zwłaszcza, że dopiero po zupełnem wykończeniu budowy i zaprowadzeniu odpowiedniego urządzenia wewnętrznego będzie można ocenić wszystkie dobre i złe strony tego oddziału szpitalnego, o ile te ostatnie się znajdą. Tymczasem ograniczamy się do nadmienienia, że pawilon będzie urządzony na 112 łóżek; 4 wielkie sale będą mieściły po 24 łóżka, oprócz tego będzie kilka pokojów I. i II. klasy, mieszczących po jednem i po kilka łóżek. Będzie oddzielna sala operacyjna do operacyj ambulatoryjnych, t. j. wykonywanych antyseptycznie i oddzielna sala do operacyj aseptycznych. Ogrzewanie sal będzie centralne (parą), oświetlenie w salach operacyjnych gazowe, na salach chorych — naftowe. Sale chorych są bardzo przestronne i dosyć wysokie, pracownia dyagnostyczna stósunkowo mała. Wanny i klozety są umieszczone dla każdej sali oddzielnie. Wogóle zapowiada się ten nowy nabytek szpitalny bardzo dobrze; wkrótce, bo już za 3 miesiące, zostanie on oddany do użytku publicznego.

Na zjazd przybył ze Lwowa prymaryusz Dr. Z i e m b i c k i.

Posiedzenie III. z dnia 12. lipca o godz. 10. rano.

VIII. Prof. M a r s (z Krakowa): P r z e d s t a w i e n i e a t l a s u p l a s t y c z n e g o o p e r a c y j g i n e k o l o g i c z n y c h.

Położenie anatomiczne części rodnych kobiety jest takie, że często podczas badania ich, czy też wykonywania na nich operacyj zaledwo jeden człowiek może mieć do nich dostateczny przystęp. Jest to wielkiem utrudnieniem dla nauczyciela, gdyż demonstracya wielu operacyj jednocześnie kilku uczącym się częstokroć jest zupełnie niemożebna. Prof. Mars wykładając od wielu lat uczniom medycyny operacye ginekologiczne, początkowo radził sobie w ten sposób, że wykonywał operacye te na wyciętych częściach płciowych. Później rysował tablice, było jednak bardzo trudno uwydatnić na nich plastycznie wiele ważnych szczegółów; rysował więc operacye na naszkicowanych przekrojach części płciowych, ale i ten sposób nie zadowolił go. Przed 2-ma laty na zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie demonstrował Dr. B o r y s o w i c z z Warszawy swoją operacyę ginekologiczną na modelu glinianym; wówczas postanowił prof. Mars zastósować pomysł ten do celów dydaktycznych na szerszą skalę i rozpoczął modelowanie operacyj ginekologicznych w glinie w zamiarze złożenia całkowitego atlasu tych operacyj. Pierwszą trudnością, którą napotkał prof. Mars, było nadanie ulepionym z gliny częściom rodnym kobiecym pewnego, niejako średniego kształtu; trudność ta wynikła ztąd, że części te u rozmaitych osób są bardzo rozmaite co do wielkości, kształtu poszczególnych organów i t. d. Różnice te są tak wielkie, że, jak dowcipnie zauważył prof. M a r s, często łatwiej jest poznać chorą z wejrzenia części rodnych, niż z twarzy. Znalazłszy wreszcie zasadniczą formę części płciowych, modelował prof. M a r s w glinie na owej formie operacye ginekologiczne; modelowanie to było tylko niejako szkicem, który wykończał w szczegółach artysta-rzeźbiarz; następnie z modelu tego robiono odlew z gipsu. Dla łatwiejszej oryentacyi polu operacyjnemu nadano kolor czerwony. Nawet skombinowane

szwy udało się zrozumiale uwydatnić przez założenie na modelach szwów prawdziwych z twardego włosia. Prof. Mars demonstruje swój atlas, składający się z 108 pięknie wykończonych odlewów gipsowych, umieszczonych w szafie; następnie rozdaje uczestnikom zjazdu dużą broszurę in 4-to, zawierającą fotografie odlewów gipsowych, opis i tekst atlasu w czterech językach: polskim, francuskim, niemieckim i angielskim.

Prof. Rydygier zwraca uwagę, jak łatwo odrazu zoryentować się w danej operacyi, mając przed sobą takie modele, których wykonaniu pod względem dokładności nie daje się nic zarzucić. Na zjeździe ginekologów we Wrocławiu w r. b. atlas ten pozyskał sobie powszechne uznanie.

Uczestnicy zjazdu z wielkiem zainteresowaniem przeglądali kolejno wystawiony atlas.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

V. Wiadomości bieżące.

— Z przyczyny, że Dr. Odo Bujwid przenosi się na stały pobyt do Krakowa, jako profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego, przechodzi stacya bakteryologiczna warszawska z instytutem leczenia wścieklizny pod kierunek Dra Palmirskiego, obecnie adjunkta tejże stacyi.

— Dr. Wacław Machnowski w Stanisławowie otrzymał posadę lekarza miejskiego w Ryglicach koło Tuchowa w powiecie Tarnowskim w Galicyi.

— P. Maurycy Hay, rodem z Galicyi, właściciel znanego zaszczytnie prywatnego zakładu krowiankowego w Wiedniu, został mianowany lekarzem takiegoż rządowego zakładu w Wiedniu i z tej przyczyny złożył koncesyę na prowadzenie swego zakładu, który też przestał istnieć.

— P. Porretowa, wdowa po senatorze francuskim, ofiarowała dwa miliony franków na założenie szpitala dla rekonwalescentów dzieci, wychodzących ze szpitali lugduńskich. Za 400000 franków zbudowany będzie w tym celu osobny gmach w Saint-Genis pod Lugdunem a procent od pozostałych 1600000 franków służyć będzie na utrzymanie zakładu, mającego pomieścić w sobie 100 dzieci.

— Czwarty międzynarodowy kongres przeciw nadużywaniu napojów wyskokowych odbywa się obecnie (od 16—18. sierpnia w Hadze w Holandyi. Przewodniczącym komitetu organizacyjnego jest holenderski minister stanu J. Heemskerk.

— W dniu 1. lipca r. b. otwarto w Wiedniu na gruncie dolno-austryackiego domu podrzutków (VIII. Laudongasse. 12) publiczny zakład rządowy dla wytwarzania krowianki. Dyrektorem jego jest Dr. Marouschek de Maróo a lekarzem, jak już wyżej nadmieniono, p. Maurycy Hay. Z tego powodu ogłasza ministerstwo spraw wewnętrznych rozporządzeniem wydanem pod dniem 4. sierpnia r. b. do wszystkich politycznych władz krajowych, że odtąd należy zgłaszać się po krowiankę i stósować wszelkie w tej mierze korespondencye do dyrektora wymienionego zakładu Dra Marouschka de Maróo a nie do zakładu p. Haya, który już dziś nie istnieje.

Stósownie do tego podaje Namiestnictwo dolno-austryackie do publicznej wiadomości, że wyrabianie, przechowywanie i rozsyłanie krowianki z wymienionego rządowego zakładu odbywa się na podstawie przepisów wydanych przez ministerstwo spraw wewnętrznych po zasiągnięciu opinii najwyższej rady zdrowia.

Cena krowianki dla osób prywatnych wraz z opakowaniem, jednak bez kosztów przesyłki, jest następująca:

Ilość w gramach	na osób	na miejsce szczepienia u każdej osoby	Cena w koronach
0·05	5	6	0·60
0·10	10	6	1·00
0·50	50	6	4·50
1·00	100	6	8·00

W razie kupowania naraz więcej, niż 10 gramów, rachuje się gram po 6 koron.

Jakkolwiek rządowy zakład krowiankowy w Wiedniu ma zawsze na składzie pewien zapas krowianki, jest rzeczą pożądaną, by z wielkiemi zamówieniami zgłaszano się na 14 dni naprzód.

— Ministerstwo spraw wewnętrznych w Wiedniu wydało do wszystkich politycznych władz krajowych pod dniem 6. sierpnia okólnik w sprawie zapobiegania cholerze, w którym powołując się na rozporządzenia dawniej w tym przedmiocie wydane ponownie poleca wszystkim czynnikom powołanym do czuwania nad zdrowiem publicznem, baczyć na wszystko, co jest potrzebne do ratunku osób zapadłych na cholerę i do zapobiegania szerzeniu się epidemii a nie zapomina nawet o zapewnieniu sobie z góry zawodowej znajomości rzeczy i pomocy ze strony bakteryologów.

— **Cholera**. To, cośmy napisali w poprzednim numerze *Przeglądu lekarskiego*, iż cholera zajmuje w Europie coraz nowe obszary, potwierdza się według najnowszych wiadomości. Jakoż donoszą w ostatnich dniach o pojawieniu się nowych przypadków cholery w Rumunii w Braile, Sulinie, Czarnej Wodzie, Gałaczu, w Galicyi w Bełzcu, w powiecie nadworniańskim w Mikuliczynie, Tatarowie, Delatynie, Peczeniżynie. Wogóle było dotychczas w Galicyi 14 przypadków, z tych 7 zakończyło się śmiercią. Przypadek w Bełzcu na północnej granicy Galicyi powstał zupełnie odosobniony. O rozmiarach cholery we Francyi południowej trudno mieć należyte pojęcie, ponieważ rząd francuski nie ogłasza autentycznych raportów, na co się uskarża i słusznie *Semaine médicale*. W Neapolu, zdaje się, iż cholera występuje bardzo łagodnie; natomiast donoszą w ostatniej chwili o pojawieniu się trzech przypadków cholery w Berlinie.

— **Nekrologia. Już po zamknięciu dziennika dochodzi nas wiadomość, iż prof. Charcot, znakomity newropatolog i autor wielu nader cennych dzieł i rozpraw znacznie posuwających naprzód naukę, zmarł w dniu 16. b. m. w Paryżu przeżywszy lat 68.**

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.